

(様式第4号)

子ども医療費受給資格者証再交付申請書

年 月 日

中津市長 あて

申請者 (保護者)	住所	〒 _____ 中津市 電話 _____
	氏名	_____ 印 (子どもとの続柄)

下記の子どもに係る子ども医療費受給資格者証の再交付を申請します。

記

受給者番号		_____	_____	_____	_____	_____	_____
子 ど も	フリガナ	_____		男 ・ 女	生年月日		
	氏名	_____			_____年 _____月 _____日		
	住所	中津市					
医 療 保 険	資格取得年月日	_____年 _____月 _____日					
	保険種別	協 ・ 組 ・ 船 ・ 共 ・ 国					
	被保険者証等の記号・番号	_____					
	被保険者氏名又は世帯主名	_____					
	保険者名	_____					
	保険者番号	_____					
附加給付	有 ・ 無						
再交付の理由	該当する番号に○をしてください。 1 紛失 2 汚損・破損 3 ひとり親医療非該当 4 その他 (_____)						
備考	_____						